



VERKSAMHETSUPPFÖLJNING VID VASENS VÅRD- OCH OMSORGSBOENDE

Bakgrund

Norrmalms stadsdelsförvaltning arbetar aktivt med avtalsuppföljning i syfte att kontinuerligt och långsiktigt säkra kvaliteten inom äldreomsorgen så att den äldre upplever trygghet med de insatser som ges.

Uppföljningsarbetet sker både på individ- och verksamhetsnivå. Vid sidan av sin uppföljande funktion fungerar stadsdelsförvaltningen även som samarbetspartner i samband med kvalitetsutveckling inom verksamheterna.

Genomförande

Vid verksamhetsuppföljningen tillämpas aktuell lagstiftning: socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialstyrelsens föreskrifter, äldre- förvaltningens stadsgemensamma mall för uppföljning av avtal samt vid entreprenaduppföljning avtalet med dess mervärden. De granskade huvud- områdena är:

- Lednings- och ansvarsfrågor
- Ekonomi och administration
- Personalens kompetens
- Personaltäthet
- Ledningssystem
- Synpunkter och klagomål
- Allvarligt missförhållande enligt 14 kap. 2 § SoL
- Dokumentation
- Omsorgens innehåll
- Meningsfull tillvaro
- Kost och måltidssituationen
- Boendemiljö
- Hälso- och sjukvård

Besöken på Vasens vård- och omsorgsboende genomfördes vid två tillfällen, den 21 och 22 februari 2011, av vikarierande avdelningschef Anneli Lagerberg, verksamhetscontroller Katarina Jonsson samt biståndshandläggarna Marie Sundberg och Katarina Claesson. Uppföljningen av hälso- och sjukvården

genomfördes av Raili Pettersson, medicinskt ansvarig sjuksköterska, och Linnea Svanström Leistedt, medicinskt ansvarig för rehabilitering.

Uppföljningsbesöket var förankrat och informationsbrev hade skickats till ledningen för Vasens vård- och omsorgsboende.

Förvaltningen har intervjuat VD, verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, kvalitetsutvecklare, omsorgspersonal, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Vid uppföljningen granskades styrdokument och skriftliga rutiner. Av den sociala dokumentationen har cirka 45 procent av genomförandeplanerna och den fortlöpande journalföringen granskats.

Vasens vård- och omsorgsboende byggdes ursprungligen som servicehus men omvandlades under 1990-talets mitt etappvis till vård- och omsorgsboende med heldygnsomsorg och ett gruppboende med inriktning mot demens. Tre lägenheter är fortfarande servicehuslägenheter. Vasen drivs av Digni Care AB efter upphandling från kommunal regi i september 2008. Prime Omsorg AB är sedan november 2010 delägare i verksamheten. Byggnaden består av fem våningsplan med totalt 78 lägenheter. Lägenheterna har kök, hygienutrymme och balkong. Det finns gemensamhetslokaler med kök och allrum på samtliga avdelningar förutom på plan ett där två avdelningar delar gemensamhetsutrymmen.

Lednings- och ansvarsfrågor

Ett gott samarbete mellan ledningen för Vasens vård- och omsorgsboende och äldreomsorgsavdelningen är en viktig förutsättning för hur verksamheten lyckas med sitt uppdrag att erbjuda vård- och omsorg med hög kvalitet.

Möten hålls regelbundet, minst ett par gånger per termin, och båda parter har utsett kontaktpersoner på ledningsnivå. Verksamheten och staden är skyldiga att hålla varandra informerade om viktiga händelser och förändringar som kan påverka förutsättningarna för parternas åtaganden och ansvar. Förutom regelbundna samverkansmöten hålls löpande kontakter via möten, telefon och e-post.

Verksamheten ansvarar för att offentlighets- och sekretesslagen följs. Personalen får muntlig och skriftlig information och samtliga nyanställda får en genomgång i samband med introduktionsprogrammet för nyanställda och förbinder sig skriftligt att följa gällande bestämmelser.

Anställd personal omfattas i huvudsak av den meddelarfrihet som råder för offentligt anställda. Information om meddelarfrihet tas upp på de månatliga arbetsplatsträffarna och på verksamhetens intranät.

Stadsdelsnämnden har det övergripande ansvaret för systemet med trygghetslarm på boendet och verksamheten ska enligt överenskomna rutiner omgående meddela beställaren eller dess ombud om larmet inte fungerar som det ska. Rutiner finns för att larmanrop besvaras och åtgärdas dygnet runt. Larmets funktion kontrolleras regelbundet och en personal per boendeinriktning har utsetts till larmansvarig.

Staden ansvarar för att verksamheten har en godtagbar säkerhetsnivå beträffande brandlarm. På Vasens vård- och omsorgsboende hålls regelbundna genomgångar av brandskyddsrutiner med personalen. All nyanställd personal får ta del av brandskyddsinformation som också ingår i introduktionsprogrammet för nyanställda. En stor brandövning genomfördes i juni 2010. För att ytterligare säkra brandskyddet planeras under året en utbildningssatsning för personal som särskilt ska ansvara för brandskydd.

Arbetsmiljöarbetet är ett prioriterat område 2011. Ledningen har ansvar för att systematiskt arbetsmiljöarbete bedrivs. En skyddsronde planeras i mars med en uppföljande skyddsronde i november. Medarbetarsamtalen och arbetsplatsträffarna ska utvecklas under året eftersom de är viktiga forum i förankringen av arbetsmiljöarbetet. Samverkan med de fackliga organisationerna ska utvecklas under året.

Ekonomi och administration

Staden ska ha insyn i verksamhetens ekonomiska ställning. Senast tillgängliga årsredovisning gäller för räkenskapsåret 2009-05-01 – 2010-04-30 där årets resultat visar på ett underskott på 421 000 kronor. Verksamheten har erhållit kapitaltillskott från ägarna och ledningen har informerat förvaltningen om att företaget från och med februari 2011 har en ekonomi i balans. Vid kontroll den 22 mars har Digni Care AB nio ansökningar om betalningsföreläggande registrerade hos kronofogdemyndigheten, samt 11 stycken avskrivna betalningsförelägganden. Vad gäller skatteinbetalningar har företaget varit sen med inbetalningen vid tre tillfällen under 2011 men ingen skatteskuld finns noterad.

Fakturahanteringen fungerar tillfredsställande. Verksamheten har rutiner för reglering av ersättning gentemot beställaren samt för avrapportering av förändrat omsorgsbehov. Rapportering av avvikelser görs dels genom faktureringen och dels i Paraplysystemet.

Personalens kompetens

Ledningen består av VD, verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, kvalitetsutvecklare och teamledare för respektive våningsplan. Verksamhetschefen är utbildad sjuksköterska med vidareutbildning inom organisation och ledarskap.

Biträdande verksamhetschefen och kvalitetsutvecklaren är båda legitimerade sjuksköterskor. Teamledarna är omsorgspersonal med undersköterske- eller vårdbiträdesutbildning och arbetar både administrativt och i omsorgen om de äldre. Samtliga i ledningen uppger att de har goda kunskaper om socialtjänstlagen.

Personalen erbjuds kontinuerligt kompetensutveckling och för verksamhetens medarbetare finns både en individuell och en generell kompetensplan. Nyanställd personal genomgår ett introduktionsprogram med tillhörande checklista. Minst 90 procent av personalen har grundutbildning. Med grundutbildning avses vårdbiträdes- eller undersköterskeutbildning och gymnasieskolans omvårdnadsprogram. Verksamheten uppger att det inte är några svårigheter att rekrytera kompetent personal. Samtliga av den tillsvidareanställda personalen uppges behärska svenska i tal och skrift men det förekommer att visst stöd behövs i samband skriftlig dokumentation.

Personaltäthet

Vasens vård- och omsorgsboende med heldygnsomsorg ska vara bemannad dygnet runt årets alla dagar med sådan personalstyrka att den äldre alltid får sitt behov av vård och omsorg tillgodosett. I samband med stadsdelsförvaltningens uppföljning i mars 2010 framkom att personaltätheten inte uppgick till avtalad nivå. Vid årets uppföljning uppgår personaltätheten för omsorgspersonalen till 0,82 beräknat på antalet helårsanställningar i förhållande till antalet boende, vilket är i nivå med avtalet.

För att nå upp till avtalad nivå om personaltätheten har Vasens vård- och omsorgsboende i stor omfattning både nyanställt personal och anlitat bemanningsföretag, vilket fått till följd att det brustit i personalkontinuitet. Vid individuppföljningarna har klagomål på bristande kontinuitet bland personalen också framförts. Äldre med demenssjukdom behöver kontinuitet och personalen ska ha kompetens i bemötande av äldre med demenssjukdom.

Ledningssystem

Vid uppföljningstillfället pågick arbete med uppdatering av ledningssystem enligt SOSFS 2006:11 (SoL). Stadsdelsförvaltningen kommer att följa upp ledningssystemet efter revidering.

Synpunkter och klagomål

De äldre och deras anhöriga får information om verksamhetens rutiner för synpunkter och klagomål i samband med inflyttning och vid upprättande av genomförandeplanen. Särskilda blanketter finns synliga på alla våningsplan. I

rutinen ingår redovisning av inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits.

Allvarligt missförhållande enligt 14 kap. 2 § SoL

Verksamheten har rutiner för anmälan enligt Lex Sarah men de saknades i rutinpärmarna vid förvaltningens granskning. Stadsdelsnämnden får omedelbart kännedom om anmälan. Ingen anmälan enligt Lex Sarah har skett sedan föregående uppföljning.

Dokumentation

Förvaltningens granskning av den sociala dokumentationen omfattar förvaring av personakter, de äldres genomförandeplaner och den fortlöpande sociala journalföringen.

Den äldres delaktighet och inflytande över omsorgens innehåll ska garanteras genom att en genomförandeplan upprättas. Kontaktpersonen har det övergripande ansvaret för att en genomförandeplan upprättas. Genomförandeplanen ska utformas gemensamt av den äldre/legal företrädare och kontaktpersonen inom femton dagar efter inflyttning.

Genomförandeplanen utgår från biståndsbeslutet med beställningen av insatser och ska innehålla:

- Namn på ansvarig arbetsledare och kontaktperson.
- Det ska framgå att den äldre eller legal företrädare deltagit vid upprättandet.
- Datum för utförarens uppföljning.
- Insatsernas utformning och genomförande ska beskrivas till innehåll, till exempel hur, när och av vem.
- Det ska framgå hur den äldre fått information om verksamhetens rutiner för synpunkter och klagomålshantering.
- Genomförandeplanerna ska undertecknas av den äldre eller legal företrädare och kontaktperson.

Granskningen visade att de äldre har genomförandeplaner med ett sådant innehåll att de beskriver den äldres behov och vanor. En brist som delvis kvarstår från 2010 års uppföljning är dock att flera genomförandeplaner är ofullständigt ifyllda. Det saknas uppgifter på ansvarig arbetsledare och det framgår inte att den äldre/legal företrädare deltagit vid upprättandet av genomförandeplanen. Underskrifter saknas av den äldre/legal företrädare och kontaktpersonen.

Den löpande sociala journalföringen förs inte kontinuerligt och saknas i flera fall i den granskade dokumentationen. Fortfarande förekommer att personal i journalföringen uttrycker sig på ett sätt som kan upplevas kränkande för den äldre. Den sociala dokumentationen förvaras säkert i låsta skåp i låsta rum.

Verksamheten måste fortsätta att förbättra den sociala dokumentationen. Det är viktigt att det framgår att den äldre/legal företrädare deltagit vid upprättandet/-revidering av genomförandeplanen.

Genomförandet av ett beslut om insats ska dokumenteras fortlöpande (SOSFS 2006:5 6 kap. 2 §). Genomförandeplanen är en viktig utgångspunkt för vad som dokumenteras i den sociala journalen. Omständigheter som inneburit att en insats inte har utförts ska antecknas. Anteckningarna ska föras kontinuerligt så att den äldres situation kan följas.

Omsorgens innehåll

Verksamheten arbetar utifrån ett salutogent och rehabiliterande förhållningssätt. Värdegrunden beskrivs som den röda tråd som genomsyrar verksamheten och som sammanfattas med nyckelorden: Kommunikation, kompetens, tillgänglighet och värdighet. Personalen ska bemöta den äldre så att kontinuitet, självbestämmande och trygghet säkerställs. I det dagliga livet ska den äldres resurser tas till vara genom att service och omsorg utgår från den äldres funktioner. Utöver de individuella behov som anges i genomförandeplanen ska de äldre erbjudas möjlighet att duscha varje dag, få hår- och nagelvård samt klädvård och städning minst en gång per vecka.

Vid ankomstsamtalet får verksamheten kännedom om den äldres önskemål, vanor och tider. I samband med inflyttning tilldelas den äldre en kontaktperson och även en vice kontaktperson för att garantera kontinuitet och helhetssyn i omsorgsarbetet. Kontaktpersonen har det övergripande ansvaret och ska se till den äldres specifika behov. Den äldre kan alltid byta kontaktperson om så önskas.

I samband med individuppföljningarna framförde flera äldre att de får en god omsorg med respektfullt bemötande från personalen. Anhörigas synpunkter tas till vara och verksamheten åtgärdar eventuella brister. Det framkom dock att flera av de äldre har behov av stöd från två personal i samband med morgonbestyren, som då drar ut på tiden långt in på förmiddagen.

Meningsfull tillvaro

I samband med inflyttning inhämtas kunskap om vilka intressen och önskemål den äldre har. Individuella aktiviteter utifrån de äldres genomförandeplaner utförs

dagligen liksom social samvaro med t.ex. vardagsbestyr, bakning och musik. Aktiviteterna är behovsanpassade för båda boendeinriktningarna och det finns två aktivitetsledare per enhet. Inom enheten för äldre med demens erbjuds sittgymnastik, bakning och glädjestund med musikinslag för att nämna några exempel. Inom enheten för äldre med fysiska funktionsnedsättningar finns t.ex. gymnastik, frågesport och korsordslösning. Nytt inom verksamheten är ett café som har öppet ett par timmar varje dag.

Vid individuppföljningarna observerades under en förmiddag att äldre som stundtals satt själva i dagrummet verkade otrygga och att det uppstod konflikter mellan ett par av de äldre. Någon påtalade också att det finns för lite tid till social stimulans och utevistelse.

Kost och måltidssituation

En stor andel av omsorgspersonalen har utbildats i kost, nutrition och livsmedelshygien. Det finns kostombud på varje avdelning och en köksansvarig utses enligt schema. Kost och måltidssituationen diskuteras på gruppmöten men finns inte som en stående punkt på dagordningen. Det är möjligt för de äldre att välja var måltiderna intas, i egen lägenhet eller gemensamt med andra. De äldre på enheterna för boende med fysiska funktionsnedsättningar kan välja mellan olika maträtter medan äldre på boendeinriktningen demens serveras samma maträtt med motiveringen att det är svårt för dem välja. Stadsdelsförvaltningen anser att alla äldre ska ges möjligheten att välja mellan de maträtter som finns på menyn.

Boendemiljö

Lägenheterna har toalett, dusch och kokmöjligheter. Gemensamhetsutrymmen finns på alla våningsplan.

Möblemanget i de gemensamma utrymmena är en blandning mellan gammalt och nytt. Anslagstavlorna på våningsplanen är enhetliga och strukturerade med information om bland annat synpunkter och klagomål, schema för aktiviteter och information om boendet och kontaktuppgifter till verksamhetsledningen.

Rutinpärmar ligger framme och en del anslag med personalens rutiner är uppsatta på köksskåp i de äldres gemensamma utrymmen, vilket inte är så lämpligt i strävan efter att skapa en hemlik boendemiljö.

Hälso- och sjukvård

Stadsdelsförvaltningen har granskat att utföraren följer hälso- och sjukvårdslagstiftningen och Socialstyrelsens rekommendationer samt att vårdtagarna får en god och säker vård av hög kvalitet, att stadens riktlinjer för hälso- och sjukvård

följs och att lokala rutiner har upprättats för att säkra vården i det särskilda boendet.

Verksamheten ansvarar för att den hälso- och sjukvård som utförs är av god kvalitet, lättillgänglig och bedrivs dygnet runt. Ansvaret omfattar sjukvård till och med sjuksköterske-, sjukgymnast- och arbetsterapeutnivå.

Vasens vård- och omsorgsboende har egna sjuksköterskor dygnet runt alla dagar i veckan. Samtliga boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjukgymnast och arbetsterapeut arbetar dagtid måndag till fredag. Det finns en verksamhetschef enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) enligt 24 § HSL.

Landstinget ansvarar för att verksamheten har en namngiven läkare för respektive boende. Läkare som arbetar på Vasens vård- och omsorgsboende kommer från Stockholmsgeriatriken och ansvarar för läkarservice även på jourtid. Lokalt samverkansdokument finns mellan Vasens vård- och omsorgsboende och Stockholmsgeriatriken. Överenskommelsen revideras årligen i samråd med stadsdelsförvaltningens MAS.

Ledningssystem, riktlinjer och rutiner

Verksamheten har riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvården. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet enligt SOSFS 2005:12 finns. Patientsäkerhetsberättelse finns och är bifogad i verksamhetsberättelsen 2010 för Norrmalms stadsdelsförvaltning.

Omvårdnadsansvar och sjuksköterskebemanning

Verksamheten har cirka fyra sjukskötersketjänster dagtid, vilket bedöms som tillräckligt för att garantera en god hälso- och sjukvård samt för att kunna fördela omvårdnadsansvaret. På plan ett fungerar nattsjuksköterskan även som omsorgspersonal vilket kan medföra att hon behöver lämna enheten för sina sjuksköterskeuppgifter på husets andra våningar. Då bli enheten obemannad. Om man kallar in personal från ett annat våningsplan, lämnas den våningen tom.

Nattsjuksköterskan ska kunna röra sig fritt för sina uppgifter och de boenden ska känna trygghet i att de alltid kan nå en personal. Enligt sjuksköterskorna och övrig personal har det förekommit frekventa personalbyten på demsenheten. Detta ökar arbetsbelastningen för sjuksköterskorna, eftersom de nya timvikarierna inte känner till de äldre och därmed inte kan observera och rapportera på samma sätt

som ordinarie personal. Dessutom ökar behovet av handledning och utbildning av nyanställda i delegeringsrutiner.

Arbeterapeut och sjukgymnast

Verksamheten har två arbetsterapeuter som samarbetar med verksamhetens sjukgymnast. De ansvarar utifrån sina respektive områden för att bedöma de äldres behov av insatser för att upprätthålla funktionsförmåga och tillgodose behov av bl.a. förflyttnings- och ADL-hjälpmiddel. Handledning och undervisning av omsorgspersonalen ingår i deras ansvar. Arbetsterapeuter och sjukgymnast samverkar med sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården.

Läkemedelshantering

En lokal instruktion för läkemedelshantering finns. Det finns ett akut- och buffertförråd som finansieras av landstinget och hanteras av sjuksköterskorna på boendet. Läkemedel i buffertförrådet används i samband med tillfälliga och akuta medicineringar. En extern granskning av läkemedelshanteringen utförs årligen av en farmaceut från Apoteket Farmaci AB.

En överenskommelse med Stockholmsgeriatriken och stadsdelsförvaltningens MAS har gjorts för läkemedelsgenomgångar utifrån Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi. Genomgången görs i samverkan med den äldre, ansvarig läkare, sjuksköterska och kontaktperson minst en gång varje år.

Verksamheten har rutiner för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Personalen får delegering efter att de har arbetat så länge att de har god kännedom om den äldre och rutinerna runt läkemedelshanteringen samt andra hälso- och sjukvårdsuppgifter. Personalen utbildas innan delegeringen och får därefter göra ett skriftlig kunskapstest. Beslutet om delegering skrivs i hälso- och sjukvårdens dokumentationssystem Vodok. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal träffar omsorgspersonalen individuellt. Dessa rutiner tillämpas även när omsorgspersonalens delegation ska förlängas.

Medicinkylskåpet håller inte temperaturen inom gränsvärdet för läkemedelsförvaring. Kylskåpet är dessutom trasigt vilket har lett till att personal har skurit sig på vassa kanter. Hyllplatsen för läkemedelsförvaring är underdimensionerad.

Medicintekniska produkter

Lokala rutiner och inventarieförteckning finns. Sjuksköterskorna har en lista för blodtrycks- och blodsockermätare samt övrig nödvändig apparatur. De kontrollerar

att dessa fungerar och att det köps in nya vid behov. Kontroll av personlyftar och vårdsängar utförs av personal från ett serviceföretag. För att säkra användning och hantering av hjälpmedel får personalen handledning och instruktioner. Hjälpmedelspärmar finns tillgängliga på våningarna. Utbildning för att säkra förflyttningar med personlyft planeras.

Munhälsobedömning

Nyinflyttade äldres munstatus ska undersökas av sjuksköterska. En lokal skriftlig rutin finns för att säkra att varje boende årligen erbjuds kostnadsfri munhälso- bedömning av folktandvården. Omsorgspersonalen får utbildning i munhygien av Folktandvården när de besöker boendet. Dokumentation för respektive åtgärd saknas i en del journaler.

Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår

Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår finns dokumenterade i samtliga pågående journaler. Antalet riskbedömningar vid uppföljningstillfället har ökat sedan föregående års uppföljning. Dock saknas åtgärdsplan och utvärderings- datum för utförda riskbedömningar i flertalet journaler.

Fallprevention

Det finns lokala rutiner för arbete med fallprevention, som inkluderar risk- bedömningar och upprättande av planer för att motverka fall och fallskador men detta saknas i de granskade journalerna. Arbetet med fallprevention sker i team mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal.

Inkontinenshjälpmedel

Alla äldre som har problem med inkontinens har idag tillgång till inkontinens- hjälpmedel. Möjlighet till toalettträning ges och sjuksköterskorna har startat utredningar för att förskriva ett lämpligt inkontinensskydd.

Medicinsk fotvård

Verksamheten har tillgång till en medicinsk fotvårdare med godkänd kompetens och bekostar fotvården om den äldre har en remiss från läkare.

Personalkontinuitet hälso- och sjukvårdspersonal

Det finns en stabil personalgrupp inom området sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast.

Bedömning av funktionsnivån och behov av rehabiliterande åtgärder

Under första veckan efter inflyttning äger ett gemensamt möte rum mellan den äldre, dennes närstående, kontaktperson, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. Det första vårdplaneringsmötet sker inom två veckor, då en journal upprättas.

Alla nyinflyttade träffar sjukgymnast och arbetsterapeut som inventerar rehabiliteringsbehovet, bland annat förflyttningsstatus, hjälpmedelsbehov och aktiviteter i den dagliga livsföringen (ADL). Syftet är att klargöra den äldres egna förmågor att klara sina dagliga aktiviteter och bedöma vilket behov av stöd som finns. Bedömningar delges omsorgspersonalen både muntligt och skriftligt.

Vid behov av specifika arbetsterapeut- eller sjukgymnastinsatser kan träning erbjudas individuellt eller i grupp. Viss utrustning för träning och behandling finns, bl.a. barr, ribbstol, träningscykel och bollar. Gruppträning erbjuds tre gånger/vecka och promenadgrupp två gånger/vecka.

Skyddsåtgärder

Rutiner finns för riskbedömning inför ordinationer av skyddsåtgärder, dvs. sänggrindar, positioneringsbälten, individuella larm och kodlås. Vid granskning fanns nio sänggrindar inom demensenheten för att förhindra fall från sängen. För att förhindra urglidning ur rullstol har tre personer inom demensenheten ordinerats grenbälten, efter att andra åtgärder prövats och utvärderats. Individuella planer finns upprättade i samråd med intern-MAS. Andra skyddsåtgärder är t.ex. golv-larm och kodlås.

Samarbetsrutiner för informationsöverföring

Verksamheten har väl fungerande rutiner för informationsöverföring mellan olika vårdgivare och rapportering både internt och externt.

Vårdhygienrutiner och egenkontroll

Verksamheten har avtal med Vårdhygien i Stockholms län och har rutiner för basal vårdhygien. Omsorgspersonalen informeras och utbildas kontinuerligt.

En del kök saknar separat städutrustning. Enligt Vårdhygiens anvisningar ska köken alltid ha separat utrustning för att undvika smitta från andra utrymmen. Köksförkläden byts inte dagligen. Signeringslistor för mätning av kylskåps-temperaturen saknades i flertalet kök. Tvättmaskiner för de äldres tvätt är placerade på personaltoaletter på en del enheter. Tvätthanteringen kan inte ske

utifrån Vårdhygiens rekommendationer i dessa utrymmen. Privata kläder finns upphängda på toaletterna och personalen påtalade bristen på klädskap.

Egenkontroll för vårdhygien saknas för genomgång av lokaler och utrustning. Förråden på plan tre var röriga. Förråden var inte stängda eller låsta vid besöket. Äldre med demenssjukdom kan komma åt rengöringsmedel och andra kemikalier som kan vara hälsofarliga.

Hälso- och sjukvårdsjournaler och dokumentation

Verksamheten har egna Vodokhandledare. Hälso- och sjukvårdsjournal finns för samtliga äldre och vid inflyttning dokumenteras de viktigaste medicinska uppgifterna och den äldres funktionsnivå. Antalet utförda riskbedömningar för trycksår, undernäring och fallrisk har ökat så att riskområden för samtliga äldre på boendet är kartlagda. Granskade bedömningar håller god kvalitet avseende beskrivning av förmågor och behov av stöd. För enheterna med inriktning mot demens bedöms de äldres kognitiva, psykiska och sociala funktioner.

Generellt har dokumentationen förbättrats sedan föregående uppföljningstillfälle men granskningen visar att dokumentationen i journalerna håller ojämn kvalitet. Allmänna uppgifter saknas helt eller är delvis inaktuella i en del journaler. Det mest förekommande är att identitetskontrollen inte utförts eller att den saknas. Uppgift om samtycke till vem upplysningar får lämnas saknas i relativt många journaler. Namn på omvårdnadsansvarig sjuksköterska är inte korrekt i en del journaler på grund av att de förekommit personalbyten. Uppgifter om ansvarig arbetsterapeut och sjukgymnast saknas även i flertalet journaler.

Vårdplaner saknas i ett stort antal journaler och därför är inte åtgärder heller kopplade till vårdplanen. Det är svårt att få en sammanhållen uppfattning av vårdens innehåll. En sammanfattning av vården har inte dokumenterats innan journalen avslutats. Vid granskningstillfället var sexton journaler oavslutade trots att patienten avlidit eller flyttat.

Rutiner vid dödsfall

Rutiner med checklista för palliativ vård vid livets slut finns. Rutinerna beskriver omhändertagandet av den döende eller den avlidne personen utifrån etiska värderingar, smärtlindring, omsorg och en lugn miljö. Information och stöd ges till de närstående. Verksamheten registrerar i det svenska palliativa registret.

Avvikelsehantering och Lex Maria

Avvikelser rapporteras i dokumentationssystemet Vodok. Verksamheten har varje månad tillsammans med enhetens MAS genomgång av avvikelser, då också

förbättringsåtgärder diskuteras. Händelser av allvarigare karaktär rapporteras omgående till stadsdelsförvaltningens MAS/MAR. Vid allvarliga händelser eller risker anmäler stadsdelsförvaltningen detta till nämnden och Socialstyrelsen enligt Lex Maria. Ingen Lex Maria anmälan har gjorts sedan föregående uppföljning.

Stadsdelsförvaltningens sammanfattande bedömning

De äldre på Vasen erbjuds vård och omsorg av god kvalitet. Personaltätheten håller avtalad nivå men brister i kontinuiteten. Personalkontinuitet är viktigt, i synnerhet för äldre med demenssjukdom. Verksamheten ska fortsatt arbeta med att uppnå stabilitet i personalgruppen.

Den sociala dokumentationen har förbättrats så att fler av de äldres genomförandeplaner är fullständiga jämfört med föregående års uppföljning men uppgifter saknas fortfarande i flera. Den löpande journalföringen görs inte kontinuerligt, på ett sätt som gör att avsteg från genomförandeplanen och den äldres hela situation kan följas. Den sociala dokumentationen ska kompletteras så att den blir fullständig.

Samtliga äldre på boendeinriktningen demens serveras samma maträtt trots att det finns möjlighet att välja mellan olika alternativ. Förvaltningen anser att även de äldre på avdelningarna med demensinriktning ska få välja mellan de maträtter som finns på menyn.

Omsorgspersonalen uppger att samarbetet med den legitimerade personalen fungerar bra och att de får det stöd som de behöver. Verksamheten har genomfört en kartläggning av risker utifrån områdena fall, trycksår och undernäring. Positivt är att antalet riskbedömningar vid uppföljningstillfället har ökat sedan föregående års uppföljning.

Dokumentationen av hälso- och sjukvård håller ojämn kvalitet och har i flera fall ofullständigt innehåll. Journaler och vårdplaner ska kompletteras så att de innehåller fullständiga uppgifter.

Välfungerande rutiner finns för läkemedelshantering, delegering, informationsöverföring, inkontinensförebyggande åtgärder, palliativ vård samt omhändertagande av avlidna.

Egenkontrollen av vårdhygienrutiner och hälso- och sjukvårdsdokumentationen ska kompletteras. Medicinkylskåpet håller inte godtagbar temperatur för



läkemedelsförvaring och ska bytas ut. Vidare är förvaringsutrymmet för läkemedel underdimensionerat. Detta ska åtgärdas.

Samtliga brister ska vara åtgärdade senast den 30 juni 2011.

Bilaga

1. Verksamhetsuppföljning vid Vasens vård- och omsorgsboende.
2. Sammanställning av brister som ska åtgärdas.